



EXPEDIENTE DE PRESTACIÓN COMPLEMENTARIA	
SERVICIO PROVINCIAL	REGISTRO DE PRESENTACIÓN
OFICINA DELEGADA	
CÓDIGO DEL EXPEDIENTE	REGISTRO DE ENTRADA

SOLICITUD

Número de afiliación	NIF/ Pasaporte/D.Identificación (UE)	DATOS DEL TITULAR		Entidad médica
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Teléfono	
Domicilio	Código postal y localidad	Provincia	País	
DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN				
Nombre y apellidos (si fuese el propio titular, indíquese "el mismo")	NIF/ Pasaporte/ D.Identificación (UE)	Relación con el titular		

DEVOLUCIÓN DE LA FACTURA	<p><i>Si se desea la devolución de la factura, siempre que no se haya abonado por MUFACE la totalidad del importe de la misma, ACOMPÁÑESE UNA FOTOCOPIA JUNTO CON EL ORIGINAL y márquese con X la cuadrícula que figura a la derecha. La factura se devolverá UNA VEZ RESUELTO EL EXPEDIENTE, ya que ha de hacerse constar en ella el importe abonado por MUFACE.</i></p>	<input type="checkbox"/> SE SOLICITA DEVOLUCIÓN DE FACTURA, A CUYO FIN SE PRESENTA ORIGINAL Y FOTOCOPIA
---------------------------------	---	---

- DE LOS CUATRO EPÍGRAFES NUMERADOS QUE SIGUEN, ELÍJASE EL QUE CORRESPONDA Y CUMPLIMENTESE

TIPO DE PRÓTESIS		DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE
1. MATERIAL ORTOPROTÉSICO	Código -----	Descripción _____
	Código -----	Descripción _____
	Código -----	Descripción _____
	Código -----	Descripción _____

Acompáñese siempre el documento señalado con ; además, el o los que procedan de entre los señalados con , marcándolos con X

- Informe del médico, con diagnóstico y justificación de la necesidad de la prótesis.
- Cuando se haya ABONADO POR EL TITULAR, factura de la empresa suministradora. La factura deberá poseer TODOS LOS REQUISITOS LEGALES y tener CONSTANCIA DEL PAGO o ir acompañada del CORRESPONDIENTE RECIBO que acredite aquél.
- Cuando se haya acordado previamente entre el Titular y la empresa suministradora el pago directo por MUFACE, que sólo será posible cuando la cuantía de la misma sea igual o menor a la financiada por MUFACE, factura con los mismos requisitos antes señalados, salvo que irá expedida A NOMBRE DE MUFACE, con indicación del beneficiario, y que, en lugar de constar el pago, FIGURARÁ EL "CONFORME" DEL TITULAR.
- Además, en el caso de Titulares adscritos al INSS que soliciten prótesis ortopédica, documentación que acredite que, habiendo utilizado los servicios sanitarios que les correspondían, la solicitaron y no la obtuvieron o lo hicieron en cuantía inferior a la financiada por MUFACE.
- Sólo en caso de reparación, certificado de garantía del producto.

Importe según factura	Márquese con X lo que proceda. <input type="checkbox"/> PRIMERA IMPLANTACIÓN <input type="checkbox"/> REPARACIÓN <input type="checkbox"/> RENOVACIÓN ORDINARIA <input type="checkbox"/> RENOVACIÓN EXTRAORDINARIA
------------------------------	---

■ PASE SIEMPRE A LA PÁGINA SIGUIENTE

EJEMPLAR PARA MUFACE

DILIGENCIA

Sólo se cumplimentará si la solicitud, en su tratamiento informático, es rechazada por faltar en el titular o, en su caso, en el beneficiario las condiciones de afiliación precisas para causar la prestación.

Se han comprobado los datos del mutualista al que se refiere la presente solicitud y en la fechas de referencia

- reunía las condiciones de afiliación precisas para la prestación.
 no reunía las condiciones de afiliación precisas para la prestación, por

, a de de
EL /LA JEFE/A DE COLECTIVOS,

DILIGENCIA

Sólo se cumplimentará en las solicitudes de prótesis oculares, excepto de lentes terapéuticas, cuando no se acompañe prescripción/graduación de médico oftalmólogo .

Se han comprobado los antecedentes del beneficiario de la prótesis ocular a que se refiere la presente solicitud y

- tiene acreditado defecto de visión en expediente anterior que consta en el registro informatizado de prestaciones.
 no tiene acreditado defecto de visión en expediente que conste en el registro informatizado de prestaciones.

, a de de
EL /LA JEFE/A DE PRESTACIONES,

INFORME DEL/ DE LA ASESOR/A MÉDICO/A DEL SERVICIO PROVINCIAL

Sólo se emitirá en los expedientes en que el/la directora/a del Servicio Provincial lo estime conveniente.

Vista la presente solicitud y la documentación aportada, se emite informe

- FAVORABLE
 DESFAVORABLE, por

,a de de
EL / LA ASESOR/A MÉDICO/A,

PROPUESTA DE RESOLUCIÓN

Se propone la siguiente resolución:

“Vista la presente solicitud, los informes emitidos y los antecedentes oportunos, así como la normativa aplicable, se acuerda:

SU APROBACIÓN, por reunir los requisitos exigibles, concediendo la cantidad de

En letra

EUROS

en concepto de ayuda económica baremada al Titular, según el siguiente detalle:

Concepto	Número	Euros por unidad	EUROS
- Material Ortoprotésico	X	=	
- Dentadura completa (superior e inferior)	X	=	
- Dentadura superior o inferior	X	=	
- Pieza, cada una	X	=	
- Empaste, cada uno	X	=	
- Implante osteointegrado (compatible con pieza o dentadura)	X	=	
- Tratamiento de ortodoncia	X	=	
- Endodoncia	X	=	
- Gafas (de lejos o cerca)	X	=	
- Gafas bifocales / progresivas	X	=	
- Gafas telelupa	X	=	
- Sustitución de cristal (lejos o cerca)	X	=	
- Sustitución de cristal bifocal/progresivo	X	=	
- Sustitución de cristal telelupa	X	=	
- Lentilla	X	=	
- Lentillas desechables	X	=	
- Lente terapéutica, cada una	X	=	
- Prisma	X	=	
- Audífono	X	=	
- Bomba externa de infusión continua subcutánea de insulina	X	=	
- Laringófono	X	=	
- Colchón o Colchoneta antiescaras (con o sin compresor)	X	=	
TOTAL			Euros
TOTAL			Euros

SU DENEGACIÓN, por

, a de de
EL/ LA JEFE DE PRESTACIONES,

CONFORME

, a de de
POR DELEGACIÓN DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE MUFACE,
EL / LA

Notifíquese y, en su caso, dispóngase el pago sin más trámites



EXPEDIENTE DE PRESTACIÓN COMPLEMENTARIA	
SERVICIO PROVINCIAL	REGISTRO DE PRESENTACIÓN
OFICINA DELEGADA	REGISTRO DE ENTRADA
CÓDIGO DEL EXPEDIENTE	

SOLICITUD

Número de afiliación	NIF/ Pasaporte/D.Identificación (UE)	DATOS DEL TITULAR		Entidad médica
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Teléfono	
Domicilio	Código postal y localidad	Provincia	País	
DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN				
Nombre y apellidos (si fuese el propio titular, indíquese "el mismo")	NIF/ Pasaporte/ D.Identificación (UE)	Relación con el titular		

DEVOLUCIÓN DE LA FACTURA	<p><i>Si se desea la devolución de la factura, siempre que no se haya abonado por MUFACE la totalidad del importe de la misma, ACOMPÁÑESE UNA FOTOCOPIA JUNTO CON EL ORIGINAL y márquese con X la cuadrícula que figura a la derecha. La factura se devolverá UNA VEZ RESUELTO EL EXPEDIENTE, ya que ha de hacerse constar en ella el importe abonado por MUFACE.</i></p>	<input type="checkbox"/> SE SOLICITA DEVOLUCIÓN DE FACTURA, A CUYO FIN SE PRESENTA ORIGINAL Y FOTOCOPIA
---------------------------------	---	---

- DE LOS CUATRO EPÍGRAFES NUMERADOS QUE SIGUEN, ELÍJASE EL QUE CORRESPONDA Y CUMPLIMENTESE

TIPO DE PRÓTESIS	DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE
1. MATERIAL ORTOPROTÉSICO Código _____ Descripción _____ Código _____ Descripción _____ Código _____ Descripción _____ Código _____ Descripción _____	<p><i>Acompáñese siempre el documento señalado con <input checked="" type="checkbox"/>; además, el o los que procedan de entre los señalados con <input type="checkbox"/>, marcándolos con X</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Informe del médico, con diagnóstico y justificación de la necesidad de la prótesis.</p> <p><input type="checkbox"/> Cuando se haya ABONADO POR EL TITULAR, factura de la empresa suministradora. La factura deberá poseer TODOS LOS REQUISITOS LEGALES y tener CONSTANCIA DEL PAGO o ir acompañada del CORRESPONDIENTE RECIBO que acredite aquél.</p> <p><input type="checkbox"/> Cuando se haya acordado previamente entre el Titular y la empresa suministradora el pago directo por MUFACE, que sólo será posible cuando la cuantía de la misma sea igual o menor a la financiada por MUFACE, factura con los mismos requisitos antes señalados, salvo que irá expedida A NOMBRE DE MUFACE, con indicación del beneficiario, y que, en lugar de constar el pago, FIGURARÁ EL "CONFORME" DEL TITULAR.</p> <p><input type="checkbox"/> Además, en el caso de Titulares adscritos al INSS que soliciten prótesis ortopédica, documentación que acredite que, habiendo utilizado los servicios sanitarios que les correspondían, la solicitaron y no la obtuvieron o lo hicieron en cuantía inferior a la financiada por MUFACE.</p> <p><input type="checkbox"/> Sólo en caso de reparación, certificado de garantía del producto.</p>
Importe según factura	Márquese con X lo que proceda. <input type="checkbox"/> PRIMERA IMPLANTACIÓN <input type="checkbox"/> REPARACIÓN <input type="checkbox"/> RENOVACIÓN ORDINARIA <input type="checkbox"/> RENOVACIÓN EXTRAORDINARIA

EJEMPLAR PARA SELLAR Y DEVOLVER AL INTERESADO

■ PASE SIEMPRE A LA PÁGINA SIGUIENTE

2. DENTARIAS	<input type="checkbox"/> DENTADURA COMPLETA	<input type="checkbox"/> PIEZAS ● NÚMERO: (Se cuentan: piezas, fundas, coronas, reconstrucciones, etc... excepto las provisionales; no más de 13 en cada dentadura).	<input type="checkbox"/> EMPASTES ● NÚMERO: (Se cuentan: empastes, amalgamas, obturaciones, incrustaciones, etc...).	<input type="checkbox"/> IMPLANTES OSTEINTEGRADOS ● NÚMERO	<input type="checkbox"/> ORTODONCIA (Prestación de pago único que se concederá sólo en aquellos casos iniciados antes de los 18 años y para un único tratamiento)
	<input type="checkbox"/> DENTADURA SUPERIOR O INFERIOR			<input type="checkbox"/> ENDODONCIA ● NÚMERO:	

Importe según factura	DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE				
	Siempre el señalado con <input checked="" type="checkbox"/> ; y en su caso, el señalado con <input type="checkbox"/> , marcándolo con X <input checked="" type="checkbox"/> Factura del odontólogo o estomatólogo que haya realizado la implantación o el tratamiento. La factura deberá ser ORIGINAL, poseer TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, detallar CONCEPTOS Y PRECIOS y tener CONSTANCIA DEL PAGO o ir acompañada del CORRESPONDIENTE RECIBO que acredite aquél. <input type="checkbox"/> Si se trata de ORTODONCIA y el beneficiario HA CUMPLIDO LOS 18 AÑOS en la fecha de la factura, informe del médico odontólogo o estomatólogo acreditativo de la fecha en que comenzó el tratamiento.				

3. OCULARES	<input type="checkbox"/> GAFAS (Montura y cristales de lejos o de cerca)	<input type="checkbox"/> GAFAS BIFOCALES (Montura y cristales bifocales o progresivos o multifocales)	<input type="checkbox"/> SUSTITUCIÓN DE CRISTALES <input type="checkbox"/> Lejos o cerca <input type="checkbox"/> Bifocales, progresivos, Multifocales.	<input type="checkbox"/> LENTILLAS	<input type="checkbox"/> GAFAS TELELUPA	<input type="checkbox"/> PRISMA ● NÚMERO:
	● NÚMERO:	● NÚMERO:	● NÚMERO:	● NÚMERO:	<input type="checkbox"/> CRISTALES TELELUPA ● NÚMERO :	<input type="checkbox"/> LENTES TERAPÉUTICAS ● NÚMERO :

Importe según factura	DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE				
	Siempre el señalado con <input checked="" type="checkbox"/> ; y en su caso, el señalado con <input type="checkbox"/> , marcándolo con X. <input type="checkbox"/> Para todas las prótesis ORIGINAL de la prescripción/ graduación de médico oftalmólogo salvo que ya se haya presentado en MUFACE prescripción /graduación DESPUÉS DE 1 DE ENERO DE 1991, excepto en la lente terapéutica que requerirá siempre informe médico. <input checked="" type="checkbox"/> Factura del óptico, o, en su caso, de acto médico con aportación de material, del propio médico oftalmólogo. La factura, tanto en un caso como en otro, deberá ser ORIGINAL, poseer TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, detallar CONCEPTOS Y PRECIOS y tener CONSTANCIA DEL PAGO o ir acompañada del CORRESPONDIENTE RECIBO que acredite aquél.				

4. OTRAS	<input type="checkbox"/> AUDÍFONO	<input type="checkbox"/> BOMBA externa de infusión continua subcutánea de INSULINA	<input type="checkbox"/> Colchón o colchoneta antiescaras (Con o sin compresor)
	<input type="checkbox"/> LARINGÓFONO		
<input type="checkbox"/> Primera Implantación <input type="checkbox"/> Renovación ordinaria <input type="checkbox"/> Reparación <input type="checkbox"/> Renovación extraordinaria			

Importe según factura	DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE				
	<input type="checkbox"/> Informe del Médico, con diagnóstico y justificación de la necesidad de la prótesis. <input type="checkbox"/> Factura de la empresa suministradora, que deberá poseer TODOS LOS REQUISITOS LEGALES y tener CONSTANCIA DEL PAGO, o ir acompañada del CORRESPONDIENTE RECIBO que acredite aquél. <input type="checkbox"/> Además, en el caso de Titulares adscritos al INSS, documentación que acredite que, habiendo utilizado los servicios sanitarios que les correspondían, solicitaron la prestación en la Entidad Gestora de la Seguridad Social competente y no la obtuvieron o lo hicieron en cuantía inferior a la financiada por MUFACE.				

DATOS PARA EL PAGO POR TRASFERENCIA			
Entidad bancaria	Sucursal	D . C .	Número cuenta / libreta

DATOS RELATIVOS A LA NOTIFICACIÓN (Rellene con <input checked="" type="checkbox"/> la opción elegida)			
A los efectos de la notificación, el interesado señala como medio preferente :			
<input type="checkbox"/> N.º de fax	<input type="checkbox"/> Servicio postal	<input type="checkbox"/> Otros (indíquese)	
y como segundo lugar de notificación (cumplímense sólo en el caso de que desee que se practique en lugar distinto al señalado en el apartado "datos del titular"):			
<input type="checkbox"/> Domicilio particular	<input type="checkbox"/> Domicilio laboral	<input type="checkbox"/> Otro domicilio	
Domicilio de la notificación (Avda., calle o plaza)	Localidad	Código postal	
Provincia	País	Teléfono número	

LUGAR Y FECHA	FIRMA DEL SOLICITANTE, o de su representante debidamente acreditado (Art. 32 de la LRJAP- PAC)
---------------	---

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL : A los efectos señalados en el art. 5.1 de la Ley Orgánica 15/1999, se advierte de la existencia, bajo responsabilidad de la Dirección General de MUFACE, de los ficheros automatizados de datos de prestaciones y del colectivo, cuya finalidad y destinatarios se corresponden con la gestión de los mismos. Asimismo se informa de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación de dichos datos.